DORAŹNA POMOC LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, ORGAN POLSKIEGO KOMITETU DO SPRAW RATOWNICTWA I PIERWSZEJ POMOCY LEKARSKIEJ W WYPADKACH NAGŁYCH ORAZ STACYJ RATUNKOWYCH W POLSCE

WARSZAWA, LESZNO 58

KONTO w P. K. O. 7373 — KONTO w K. K. O. 1086

Rok III — 1937 — **LISTOPAD** — **Nr. 11**

DR. FR. OBARSKI,
Warszawa.

Obecny stan udzielania pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach w Polsce w świetle ankiety.

Sprawa udzielania pierwszej pomocy lekarskiej ludności na skutek nieszczęśliwych wypadków w życiu codziennym nie znalazła jeszcze rozwiązania. Z rozwojem życia miejskiego, rozrostem przemysłu stała się ona nieodzownym uzupełnieniem jego, stała się jego koniecznością.

Tu i owdzie gminy miejskie lub inicjatywa prywatna probowały rozstrzygnąć sprawę, tworząc stacje ratunkowe płatne lub bezpłatne, i zaopatrując je w sprzęt ratowniczy. Nie były to formy doskonałe, gdyż nie owiane duchem samarytanizmu, duchem miłości bliźniego (J. Zawadzki. *)

Pierwszym krokiem do stworzenia takiej idealnej placówki ratowniczej było założenie w Wiedniu w roku 1881 Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego przez barona dr. Myndy'ego. Na myśl założenia Towarzystwa wpłynął wielki pożar Ringteatru w Wiedniu z wielką liczbą ofiar z pośród ludności Wiednia.

*) Organizacja Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Polsce r. 1934.

Organizacja Towarzystwa została oparta na filantropii obywateli, owianych miłością bliźniego, na ścisłych przesłankach zgodnego z nauką i techniką nowoczesnego ratownictwa.

Zadaniem Towarzystwa było udzielanie pomocy lekarskiej stale na każde wezwanie bez względu na porę dnia i najmniej sprzyjające okoliczności. Tak pomyślana organizacja winna znajdować się w rękach samego społeczeństwa, korzystając z pomocy władz, ale w swych czynnościach niezależna, oczywiście w granicach prawa (J. Zawadzki).

Myśli Mundy'ego promieniowały tak przekonywująco, że wkrótce w niespełna 2 lata zostały założone identyczne instytucje w Budapeszcie, Pradze, Krakowie, Lwowie, Warszawie, Kijowie, Petersburgu i t. d. Założone towarzystwa przechodziły mniej lub więcej pomyślne okresy rozwoju, dostosowując się do możliwości finansowych. Ale podstawa ich, niezależność i bezpłatność pomocy, organizacja oparta o wiedzę a przede wszystkim o miłość bliźniego pozostały bez zmiany (J. Zawadzki).

Na ziemiach polskich od czasu powstania towarzystw ratunkowych organizowanie pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych nie posunęło się daleko. Próby tworzenia lekarskich pogotowi ratunkowych bądź to przez pojedyncze osoby, bądź to przez organizacje, tu i owdzie nie doprowadziły do zamierzonego celu, do powołania towarzystwa ratunkowego, wzorowanego na już istniejących i działających na podstawie statutu towarzystw.

Względy natury finansowej wszędzie stają na przeszkodzie.

Przyjrzyjmy się jak wygląda sprawa udzielania pierwszej pomocy na Węgrzech—w państwie—które liczy 8.837.349 mieszkańców na 92.916 km² wobec 33 400 000 mieszkańców na terenie zajmującym 388 634 km² w Polsce. Węgry posiadają centralną stację ratunkową w Budapeszcie, w organizacji i pracy opartą na wzorach austryjackich, 13 stacyj prowincjonalnych i 53 filje, rozrzucone na całym terenie państwa w miasteczkach i na wsi, my zaś posiadamy 7 stacyj ratunkowych w największych miastach państwa, działających również według wzorów Wiednia całą dobę, stację ratunkową w Białymstoku, pracującą tylko określoną liczbę godzin w ciągu doby i Pogotowie Tatrzańskie, przeznaczone do specjalnych zadań — udzielania pomocy osobom, uległym wypadkom w górach.

Istniejące w różnych większych miastach i uprzemysłowionych ośrodkach pogotowia ratunkowe pod względem organizacyjnym są niedoskonałe, gdyż pracuje tam przeważnie personel nie lekarski—sanitariusze, samarytanie, pielęgniarki i t. p.; praca takich stacyj ogra-

niczona jest najczęściej do pewnych tylko godzin, najnowsze zdobycze naukowe z dziedziny udzielania pierwszej pomocy nie mogą być stosowane, bo praca naukowa w takich ośrodkach nie istnieje.

Stacje ratunkowe, gdzie nie ma lekarzy, tylko personel pomocniczy, trzeba by nazwać raczej posterunkami sanitarnymi, przeznaczonymi do transportu chorych, a udzielanie pierwszej pomocy sprowadzić do tych tylko czynności, które każdy obeznany z udzielaniem pierwszej pomocy udzielić może do chwili przybycia lekarza lub przywiezienia chorego do szpitala.

Stacje ratunkowe, gdzie pracują tylko lekarze na zasadach odmiennych od niżej wymienionych 8 stacyj, nazwać można posterunkami lekarskimi.

W Polsce 5 stacyj pracuje na podstawie posiadanych statutów, jako towarzystwa ochotnicze (Warszawa, Kraków, Lwów, Lublin i Poznań), 2 stacje (Łódź i Wilno) jeszcze przed kilku laty jako stacje, działające na wzór dopiero co wymienionych, obecnie znajdują się pod zarządem miast jako ich agendy, 8-ma stacja w Białymstoku stworzona wysiłkiem kilku instytucji pracuje jako placówka Polskiego Czerwonego Krzyża.

Wszystkie stacje z wyjątkiem Wilna i Białegostoku należą do Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych. Komitet ten, do którego należą Związek Miast, Związek Powiatów i Zakład Ubezpieczeń Społecznych obejmuje całokształt pracy i postępu w dziedzinie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, wydaje miesięcznik pod tytułem „Doraźna Pomoc Lekarska". Komitet informuje zagranicę o postępach ratownictwa w Polsce, przyjmuje udział w międzynarodowych kongresach ratownictwa; stworzył i zasila swymi wydawnictwami dział polski w międzynarodowej bibliotece ratownictwa w Amsterdamie.

Przy obecnym stanie wiedzy, przy obecnych wymaganiach od osób udzielających pierwszej pomocy znajomości rzeczy, jest nie do pomyślenia, żeby racjonalnej pomocy mógł udzielić ktoś inny po za lekarzem. Ale i lekarz powołany do udzielania pierwszej pomocy winien być odpowiednio przygotowany, aby móc sprostać zadaniu. Udzielenie bowiem pierwszej pomocy decyduje częstokroć o życiu poszkodowanego lub chorego, decyduje o dalszym przebiegu następstw wypadku lub choroby.

Stojąc na takim stanowisku, trzeba wymagać, żeby stacje ratunkowe posiadały wyszkolony personel lekarski, a posterunki przekształcone zostały na stacje, bo nawet przeszkoleni i najbardziej wyrobieni

pielęgniarze, samarytanie, sanitariusze nie są w stanie zastąpić lekarzy, a czynności wykonywane przez nich winny być sprowadzone do najkonieczniejszych i im dostępnych (nałożenie opaski uciskowej) przed przybyciem lekarza. Na całym świecie urządzane są dla ludności kursy, ćwiczenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, ale na stacjach ratunkowych pierwszej pomocy winni udzielać tylko fachowcy-lekarze.

Państwo nasze winno pokryć się siecią stacyj ratunkowych. Takie miasta jak Gdynia, Sosnowiec, Częstochowa, Bydgoszcz i inne pod względem liczby mieszkańców podobne (wyżej 100.000), winny posiadać stacje ratunkowe na wzór już istniejących, nazwijmy je — stacjami normalnymi —. Miasta, których liczba mieszkańców wynosi mniej jak sto tysięcy, a budżety więcej jak milion złotych w równej mierze mogłyby posiadać takie stacje ratunkowe. Wreszcie w mniejszych miastach i na wsiach przy łączeniu się gmin miejskich i wiejskich istnieć by mogły posterunki, gdzie by udzielano najkonieczniejszej pomocy przed przybyciem lekarza i skąd by przewożono rannych i chorych do najbliższej stacji ratunkowej lub szpitala.

Na IV Międzynarodowym Kongresie Ratownictwa i Pierwszej Pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych w Kopenhadze w roku 1934 dr. Agena z Berlina powiedział, co następuje: „Każde duże miasto winno posiadać organizację ratunkową, mającą na celu możliwie szybko udzielanie pierwszej pomocy. W małych miasteczkach należy tworzyć posterunki ratownicze z telefonami, małe zaś szpitale winny posiadać nosze na 2 kołach, przystosowane do przyczepienia do każdego pojazdu. Na drogach co 2—3 kilometry winien znajdować się telefon. Wszystkie stacje z benzyną na drogach publicznych należy zaopatrzyć w skrzynki ratownicze, nosze, telefony, wyszkolony personel, adres najbliższego lekarza i szpitala".

Również brzegi rzek, jezior i większe mosty winny posiadać odpowiednio rozlokowane posterunki. W miejscowościach odległych nie posiadających dobrej komunikacji, należy szeroko stosować aeroplany sanitarne.

Szwedzki Czerwony Krzyż dąży według d-ra Lindsjö do tego, aby każda dorosła osoba znała zasady udzielania pomocy w nagłych wypadkach. W powyższym celu prowadzone są odpowiednie kursy w fabrykach, tartakach, szkołach. Wykorzystane jest również radio, wydawane broszury i urządzane wystawy. Oprócz tego organizowane są specjalne kursy dla instruktorów.

Dr. Svendsen z Kopenhagi podaje, że Duński Czerwony Krzyż od roku 1863 przeszkolił 37.000 osób.

Dania posiada ciekawą instytucję ratowniczą t. zw. korpus ratowniczy Falcka, prywatne towarzystwo ubezpieczeniowe od wypadków. Zadaniem jego jest nie tylko udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej i przewóz chorych, lecz bywa wzywane przez ubezpieczonych do wszelkich możliwych wypadków, jak pożary, katastrofy uliczne, powodzie, katastrofy kolejowe. Instytuacja ta posiada w całej Danii 45 filij i ubezpieczonych liczy na dziesiątki tysięcy. Ubezpieczają się nie tylko pojedyncze osoby lecz również całe instytucje, przedsiębiorstwa i t. p.

Na Węgrzech pierwszą pomoc organizuje „Towarzystwo miast i okręgów dla ratownictwa w nagłych wypadkach". Według d-ra Kovace'a z Budapesztu stacje i posterunki ratownicze tworzone są nie tylko w większych miastach, lecz również w miasteczkach i wsiach. Celem propagandy ratownictwa prowadzone są kursy w szkołach wyższych dla szerszych mas i automobilistów, którzy nie otrzymują karty jazdy bez zdania odpowiedniego egzaminu. Co rok szkolonych jest 6.000 osób. Studenci medycyny odbywają praktykę na stacjach ratowniczych. Nakręcane są również odpowiednie filmy i wydawane specjalne pismo. Z akcją nauczania i popularyzowania zasad ratownictwa ściśle wiąże się organizowanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, co na Zachodzie jest ułatwione dzięki dużej liczbie obywateli obeznanych z tymi zasadami. Organizacje ratownicze obejmują tam miasta, miasteczka, wsie, drogi publiczne, góry, wybrzeża morskie, lotnictwo i t. d.

Szwedzki Czerwony Krzyż od roku 1929 utworzył 50 posterunków ratowniczych, których działalność polega przede wszystkim na szybkim transporcie chorych po udzieleniu na miejscu wypadku jedynie koniecznej pomocy. Personel posterunków składa się z szoferów i sanitariuszy-wolontariuszów, odpowiednio wyszkolonych.

Szwajcarski klub automobilowy rozlokował na głównych drogach telefony dla przejezdnych, którzy ulegli wypadkowi. Telefony ulokowane są co 2 kilometry. Przy telefonie umieszczona jest tablica z adresem najbliższego lekarza, stacji ratunkowej, mechanika, policji (Mazurek. *)

---

*) IV Kongres Międzynarodowy Ratownictwa i Pierwszej Pomocy w nagłych wypadkach w Kopenhadze 11—16 czerwca 1934. Lekarz Kolejowy Nr. 4, r. 1934.

Jak widać z przytoczonych informacyj we wszystkich krajach są dążenia do zapewnienia pierwszej pomocy poszkodowanym bez względu, gdzie zdarzy się wypadek. Naczelne miejsce wśród urządzeń udzielania pierwszej pomocy winny zajmować stacje ratunkowe, wyposażone we wszystko, co jest potrzebne dla zapewnienia poszkodowanemu i choremu racjonalnej pomocy lekarskiej według wymagań postępów nauki. Dla tego też stacje ratukowe—normalne—oprócz właściwego wyposażenia i przeszkolonego personelu pomocniczego winny posiadać dobrany zespół lekarski.

Sprawa zakładania normalnych stacyj ratunkowych napotyka u nas na wielkie trudności finansowe. Po uzyskaniu niepodległości założono tylko 2 stacje (Poznań i Białystok). Tymczasem w miarę rozwoju życia przemysłowego, handlowego, wzmożenia się ruchu na kolejach, szosach i drogach, napływu tysięcy kuracjuszy na brzeg morski potrzeba posiadania stacyj ratunkowych w wielu miastach i ośrodkach przemysłowych staje się co raz bardziej konieczną. Np. takie miasto jak Częstochowa z ludnością 128.764 miesz. z licznymi zakładami przemysłowymi, gdzie w ciągu roku setki tysięcy pielgrzymów przechodzi, według ankiety nie posiada żadnej stacji ratunkowej, tylko przychodnia miejska załatwia wizyty domowe u chorych bezrobotnych oraz udziela porad lekarskich. W razie nagłych wypadków bezrobotni korzystają z pomocy pogotowia Ubezpieczalni Społecznej i zarząd miejski reguluje rachunki za udzielanie tego rodzaju wizyt. Budżet tego miasta, jednego z najbardziej potrzebujących założenia stacji ratunkowej wynosił w dochodach na rok 1935—36 5.099.980 zł. A nasze uzdrowiska jak Ciechocinek, Krynica, Inowrocław i t. d. czyż nie powinny posiadać normalnych stacyj ratunkowych, którebу prócz udzielania pomocy w nagłych wypadkach, udzielały porad w nagłych zachorowaniach i w mieszkaniach prywatnych, zwłaszcza w okresie sezonów.

Polski Komitet do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych, chcąc zapoznać się ze stanem udzielania pierwszej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach w Polsce wystosował do Zarządów wszystkich większych miast (ca 10.000 ludności) ankietę. Pytania zawarte zostały w 13 punktach, a mianowicie:

Punkt 1) Czy w mieście istnieje Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej, działające na podstawie statutu?

2) Czy istnieje(ją) posterunki lekarskie, odpowiednio wyekwipowane celem udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach.

3) Czy posterunek lekarski znajduje się przy straży ogniowej, przy szpitalach, lecznicach i t. p.?

4) Czy na posterunku pracują wyłącznie lekarze, felczerzy lub studenci medycyny?

5) Jakie środki lokomocji posiada posterunek? Samochody sanitarki, zwykłe wozy, dorożki etc.?

6) Czy posterunek posiada odpowiednie skrzynki, torby, walizki z materiałem opatrunkowym i środkami lekarskimi?

7) W jaki sposób uskutecznia się przewóz chorych, wymagających leczenia szpitalnego (taksówką, wozem, sanitarką?).

8) Czy na posterunku znajdują się również sanitariusze i w jakiej liczbie?

9) Czy posterunek funkcjonuje całą dobę, czy tylko w nocy lub tylko w dzień?

10) Czy posterunek lekarski ufundowany jest przez Zarząd miasta, instytucję Czerwonego Krzyża, Ubezpieczalnię, szpital, czy z prywatnej inicjatywy?

11) Z jakich źródeł pokrywa się wydatki, związane z prowadzeniem posterunku?

12) W ilu wypadkach udzielono pomocy w ciągu 1935 roku?

13) Jak się uskutecznia przewóz niespokojnych chorych umysłowo?

Ankieta została rozesłana do 317 miast, skąd nadesłano 258 odpowiedzi.

Miasta, skąd nadeszły odpowiedzi, dzielą się na 5 grup. Do grupy pierwszej należą:

a) miasta, posiadające normalne stacje ratunkowe, działające na podstawie statutów (Warszawa z ludnością 1.234.534 mieszkańców i budżetem w dochodach na rok 1935—6 w wysokości 87.883.100 zł., Kraków z 235.299 mieszkańcami i 19.306.270 zł. w budżecie, Lwów z 316.747 miesz. i 18.001.269 zł. w budżecie, Poznań z 257.470 miesz. i budżetem 23.619.274 zł., Lublin z 114.315 miesz. i budżetem 4.205.959 zł.).

b) miasta, których stacje ratunkowe stanowią agendy zarządów miejskich i rządzą się regulaminem (Łódź z 633.691 mieszkańców i z budżetem 31.940.000 zł., Wilno z 207.430 mieszkańcami i 8.250.120 zł. w budżecie).

c) stacja ratunkowa w Białymstoku, założona wspólnym wysiłkiem Oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża, Ubezpieczalni Społecznej, Zarządu miasta przy udziale dowództwa garnizonu miejscowego.

Białystok miasto z 98.401 mieszkańców i budżetem w dochodach na rok 1935—36 w wysokości 3.694.735 zł.,

d) Zakopane, posiadające Tatrzańskie Pogotowie Ratunkowe, przeznaczone do specjalnych celów—udzielania pomocy ofiarom gór,

Do grupy drugiej miast należą takie, które posiadają stacje-posterunki. Niektóre z nich czynne są tylko w pewnych godzinach, niektóre nie mają lekarzy, tylko siły pomocnicze.

Stacja-posterunek w Bydgoszczy czynna jest od godziny 20 do 8, w niedzielę i święta całą dobę. W dni zwykłe w dzień wypadki załatwiają lekarze prywatni i szpitale. Posterunek posiada swój regulamin, znajduje się przy straży ogniowej. Pracują tylko lekarze.

Bydgoszcz posiada 126.624 ludności i budżet 16.155.990 zł.

Bielsko (woj. śląskie) posiada Pogotowie Ratunkowe Czerwonego Krzyża od lat 31. Pomocy udzielają samarytanie w liczbie dwóch w dzień i w nocy. Do rozporządzenia mają trzy sanitarki ze skrzynkami z lekami. Ludność tego miasta wynosi 24.806 miesz. i budżet 2.753.359 zł.

W Cieszynie istnieje Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (Towarzystwo prywatne) działające na podstawie statutu. Towarzystwo to posiada odpowiednio wyekwipowany posterunek, gdzie pracują wyłącznie sanitariusze. Praca wymienionego Pogotowia polega na udzielaniu pomocy na mieście i na przewożeniu chorych do szpitala. Pogotowie posiada 3 samochody i 2 sanitarki i czynne jest całą dobę.

Cieszyn posiada 19.144 mieszkańców, budżet wynosił 1.219.441 zł.

Mikołów (11.463 mieszkańców i 667.400 zł. w budżecie) ma 3 stacje Pogotowia Ratunkowego przy miejscowym oddziale P.C.K., na czele którego stoi lekarz.

Stacje są odpowiednio wyekwipowane celem udzielenia pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, czynne są tylko w dzień. Na każdej stacji dyżuruje dwóch sanitariuszów.

W Białej (woj. krakowskie 26.759 mieszkańców i budżet 857.708 zł.) istnieje Pogotowie Ratunkowe P.C.K. Pomocy udzielają i przewożą chorych sanitariusze. Pogotowie posiada 2 karetki samochodowe i jedną karetkę konną do przewożenia chorych zakaźnych. Na posterunku stale znajduje się 2 sanitariuszy, z których jeden jest szoferem. Posterunek jest czynny całą dobę.

---

*) Dane dotyczące liczb mieszkańców oraz budżetów (za r. 1935—36), wyjęte są z Rocznika politycznego i gospodarczego, wydawnictwa P. A. T. r. 1936.

Zakopane posiada stację-posterunek dla udzielania doraźnej pomocy. Stacja znajduje się przy szpitalu. Na stacji pracują wyłącznie lekarze. Mają sanitarkę i wóz sanitarny do przewozu chorych zakaźnych. Do rozporządzenia stacji jest personel lekarski i pomocniczy szpitala i 2 sanitariuszy-szoferów. Stacja czynna jest całą dobę.

W Białymstoku istnieje Pogotowie Lekarskie przy Żydowskim Towarzystwie Dobroczynnym „Linas Hacedek". Pracują tylko lekarze zaopatrzeni w środki opatrunkowe i leki. Wyjeżdżają samochodem-sanitarką. Na posterunku jest nad to 2 sanitariuszy. Pogotowie czynne jest od godziny 23 do 7 rano.

Do grupy trzeciej należą miasta nie posiadające ani normalnych stacyj ani posterunków tylko prywatne dyżury lekarskie.

W Tarnowskich Górach (woj. śląskie) z ludnością liczącą 16.484 mieszkańców i budżetem wynoszącym 2.388.000 zł. istnieją dyżury lekarskie nocne, w niedziele i święta.

W Lesznie (woj. poznańskie) z ludnością 20.815 mieszkańców i budżetem 2.114.860 zł. są dyżury lekarskie przy Ubezpieczalni Społecznej czynne w dzień i w nocy. Miejscowa ludność korzysta w nagłych zachorowaniach z pomocy tych lekarzy, których nazwiska podają miejscowe gazety i figurują na ogłoszeniach świetlnych. Dyżury pełnią lekarze w swoich mieszkaniach. Wyjeżdżając do wypadków, korzystają z wozu sanitarnego P.C.K. Z tych dyżurów korzysta i ludność nieubezpieczona w Ubezpieczalni.

W Inowrocławiu zorganizował Związek Lekarzy Państwa Polskiego nocne kolejne dyżury, nazwisko lekarza dyżurnego ogłaszane jest codziennie w prasie. Inowrocław posiada 37.233 mieszkańców i budżet 1.328.266 zł.

Baranowicze miasto woj. nowogródzkiego o ludności 25.407 i budżecie 377.088 Miejscowe Towarzystwo Lekarskie zaprowadziło „Nocne Dyżury" lekarskie w godzinach od 22 do 7.

Siedlce (woj. lubelskie) z ludnością 37.851 mieszkańców i budżetem 857.579 zł., mają nocny posterunek Towarzystwa pod nazwą „Linas Hacedek", obsługiwany przez felczerów. Środków lokomocji oraz odpowiedniego wyekwipowania posterunek nie posiada.

Przemyśl (woj. lwowskie) z ludnością 62.154 i budżetem 1.462.690 zł., posiada dyżury lekarskie od godziny 8 do 15 w biurze sanitarnym; od 15 do 8 lekarze dyżurują przy straży ogniowej, mając do pomocy sanitariusza i do rozporządzenia wóz sanitarny z odpowiednim wyekwipowaniem. *(c. d. n.).*

Dr. Z. ZDROJEWSKI
Warszawa.

W sprawie rozpoznawania ostrego zatrucia solami rtęci oraz arsenem w praktyce lekarza Pogotowia Ratunkowego.

Zatrucie sublimatem czy innymi solami rtęci nie daje w pierwszych chwilach po zatruciu żadnych, specjalnie charakterystycznych dla tego zatrucia objawów, to też w praktyce Pogotowia Ratunkowego, kiedy często lekarz udziela pomocy choremu już w kilkanaście minut po zatruciu, rozpoznanie zatrucia sublimatem napotyka na wielkie trudności. Niejednokrotnie rozpoznaje się zatrucie to na zasadzie objawów, nawiasem mówiąc, bardzo mało przekonywujących, jak np. wymioty różowo podbarwioną zawartością żołądka lub rzadziej, zawartością podbarwioną na niebiesko. Objaw ten jest bardzo złudny i nieraz, zwłaszcza przy złych warunkach oświetlenia, kiedy lekarz Pogotowia zmuszony jest udzielać pomocy przy świetle kopcącej lampy naftowej, lub świecy, zabarwienie to łatwo można przeoczyć lub też wziąć za wymiociny słabo podbarwione krwią.

Zresztą, zdarzyć się może, że chory zatruł się sublimatem nie zabarwionym na sposób ochronny na czerwono czy niebiesko i wtedy, choćby nawet okazano nam proszek, czy pastylki których część zażył, będziemy w kłopocie nad postawieniem rozpoznania i udzieleniem właściwej pomocy.

Bardzo często, rozpoznanie stawiamy na zasadzie tylko danych ze strony pacjenta, który podaje, że zażył pewną liczbę pastylek sublimatu, lub też na zasadzie rurki po sublimacie, którą nam chory okazuje.

Jeżeli lekarz ma pewne dane co do prawdomówności pacjenta, po wypłukaniu żołądka i po zastosowaniu tej czy innej odtrutki, odwozi chorego do szpitala, choćby tylko na obserwację, mając na względzie groźne następstwa tego zatrucia. Niektóre z takich zatruć później okazują się fałszywe, symulantów bowiem, chcących się w ten czy inny sposób dostać do szpitala, w praktyce Pogotowia Ratunkowego nie brakuje.

Z drugiej strony, niejednokrotnie bywamy wzywani do zatrucia przypadkowego lub samobójczego płynem służącym do irygacji. Otoczenie pokazuje nam flaszkę z etykietą z trupią głową, z resztą płynu, którego chora zażyła, recepta zaś gdzieś się zapodziała. Niejednokrotnie jesteśmy wtedy w kłopocie z ustaleniem rodzaju trucizny,

gdyż również dobrze może to być roztwór soli cynku, jak i roztwór okcycjanku rtęci albo inna trucizna tego rodzaju.

Wymieniłem tu zaledwie kilka przykładów, dobrze zresztą znanych lekarzom Pogotowia Rat. i wskazałem na trudności z ustaleniem rozpoznania zatrucia sublimatem.

Do tej pory nie ma metody absolutnie pewnej, któraby w warunkach pracy lekarza Pogotowia Ratunkowego, t.j. w sposób nieskomplikowany, prosty, zabierający mało czasu i wymagający mało przyrządów, pozwoliła na pewne rozpoznanie ostrego zatrucia solami rtęci. Istnieją wprawdzie metody, nie złożone i nie zabierające zbyt wiele czasu, nie nadają się one jednakże do szerszego stosowania w praktyce Pogotowia Ratunkowego. Do takich należy próba opisana przez prof. C. Strzyżowskiego (Paris Médical, 17 Nov. 1934).

Próba ta oparta na odczynie Reinsch'a polega na zabarwieniu białawym aż do srebrnego (zależnie od ilości soli rtęci) płytki miedzianej, gotowanej w mieszaninie kwasu solnego, rozcieńczonego z roztworem soli rtęci. Próba ta może jednocześnie służyć dla rozpoznawania arsenu — płytka wtedy ciemnieje, a przy większej ilości arsenu barwi się na czarno.

Praktycznie, próba wygląda następująco:

Bierze się dwie monety miedziane dokładnie oczyszczone i odtłuszczone alkoholem i eterem. Monety te kładzie się na 1—2 min. do zwykłego rozcieńczonego kwasu solnego (ac. hydrohloricum dil.). Jednocześnie miesza się około 20 cm. pobranego płynu do zbadania (a więc zawartości żołądka, czy też pierwszej porcji popłuczyn żołądka), z równą ilością ac. hydrohloric. dil., do której to mieszaniny kładzie się jedną monetę, wyjętą z kwasu solnego, druga zaś pozostaje jako moneta kontrolna. Następnie gotuje się mieszaninę przez czas 3 min., poczem opłukuje się monetę obficie wodą wodociągową i kontroluje się jej powierzchnię, porównując ją z monetą kontrolną.

Według Strzyżowskiego już obecność 5 mgr. rtęci w pobranym płynie do zbadania wystarczy, aby próba wypadła dodatnio.

Przeprowadzone przezemnie próby z roztworem sublimatu 1:1000 wykazały, że wynik wypada wybitnie dodatni (moneta pokrywa się powłoką srebrzystą), zwłaszcza jeżeli przeprowadza się badanie z nieco większą niż 20 cm. ilością płynu (około 30 cm. roztworu sublimatu 1 : 1000).

Przy większych ilościach sublimatu, moneta bardzo szybko staje się jasno-srebrną.

Przy bardzo małych ilościach sublimatu, próba nie wypada tak charakterystycznie, moneta pokrywa się słabym nalotem białawym.

Próby z arsenem wypadają mniej efektownie i wyraźnie; wydaje się że odczyn ten jest mniej czuły, aniżeli badanie na sublimat. Przeprowadzone przezemnie próby ze stowarsolem „Spiess“, wykazały, ze przy ilości 12 tabletek (po 0,01) moneta nieco ciemnieje, a dopiero prcy obecności 30 tabl. moneta czernieje zupełnie. (Według Strzyżowskiego próba na arsen ma wypadać dodatnio już przy obecności 1 mgr. arsenu).

Nie trzeba chyba dodawać, że monety użyte do prób muszą być uprzednio dokładnie oczyszczone, wymyte i odtłuszczone — zyskuje na tym wyrazistość próby.

Metoda ta, na ogół prosta i niewymagająca wielu przyrządów, nie nadaje się do szerszego zastosowania w praktyce Pogotowia Ratunkowego, udziela się bowiem nieraz pomocy w takich warunkach, że mowy być nie może o przeprowadzeniu prób, wymagających choćby tylko kilku minut czasu i bądź co bądź pewnego zestawu przyrządów, któreby trzeba wozić w kufrach Pogotowia.

W pewnych natomiast przypadkach, metoda ta może oddać usługi. Dotyczy to chorych, zgłaszających się na stację Pogotowia, gdzie są warunki przeprowadzenia próby, już to z pierwszą porcją popłuczyn żołądka, już to z wymiocinami czy też zresztą płynu, którym chory zatruł się.

W pewnych wątpliwych przypadkach, podczas wyjazdu na miasto, kiedy jest podejrzenie zatrucia solami rtęci czy arsenu, a stan zatrutego pozwala na to, możnaby, przy sprzyjających warunkach, przewieźć chorego na stację Pogotowia i tam przeprowadzić próbę. Zresztą, można to i w inny sposób zrobić. Niedawno, już po zaopatrzeniu stacji Pogotowia w odpowiednł sprzęt dla przeprowadzenia próby, na stację wpłynęło wezwanie do zatrucia arszenikiem. Stan zatrutego był dość poważny i lekarz Pogotowia po udzieleniu pomocy odwiózł chorego do szpitala, pobrawszy pierwszą porcję popłuczyn żołądka do przeprowadzenia próby na stacji Pogotowia. Badanie wypadło ujemnie. Obserwacja szpitalna wykluczyła zatrucie arszenikiem.

Dnia 3 października 1937 r. o godz. 1 po południu na terenie stacji Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie nastąpiło poświęcenie 2-ch samochodów sanitarnych:

1) „Antonina-Józef“ marki „Chevrolet“, nazwany na cześć ś. p. d-ra Józefa Jóźwickiego oraz jego małżonki p. Antoniny Jóźwickiej, ofiarodawców domu przy ulicy ul. Dzielnej Nr. 80.

2) „Helena-Wacław“ marki „Durant“, ofiarowany przez małżonków pp. Heleny i Wacława Multańskich.

Poświęcenia dokonał ks. Michał Wojewódzki w obecności członków Zarządu Pogotowia Ratunkowego i zaproszonych gości.

Z Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego.

Dnia 8 listopada b. r. na dziedzińcu Stacji Ratunkowej przy ul. Potockiego 19 w Krakowie odbyła się uroczystość poświęcenia dwóch nowych aut sanitarnych Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego. Nowe karetki poświęcił Ks. dyrektor Lubowiecki członek Wydziału Pogotowia. Uroczystość zaszczycili obecnością prezydent miasta Dr. Kaplicki, naczelne władze Ubezpieczalni Społecznej, Zarząd i Wydział Towarzystwa Ratunkowego i wszyscy pracownicy Pogotowia.

Karetki te na podwoziach marki Chevrolet, zostały wykonane przez krakowską firmę Orlicki, przedstawiają się bardzo dobrze i odpowiadają zupełnie swemu celowi. Zakupione zostały dzięki ogromnym staraniom zarządu Pogotowia w miejsce dwóch wycofanych z obiegu z powodu zużycia starych marki Citröen.

Korzystając ze sposobności tej uroczystości, pozwolimy sobie przypomnieć Krakowianom, że Krakowskie Pogotowie Ratunkowe pierwsze na ziemiach Polski, założone przed 47 laty, należy do jednej z najpotrzebniejszych instytucji naszego miasta. Liczba osób, które korzystały i korzystają z usług tej instytucji stale rośnie, bo n. p. w r. 1931 wynosiła ilość interwencji 12.161 osób, już w 1935 wynosi 15.931, a roku 1936 22 664, zaś do dnia dzisiejszego w roku bieżącym przekroczono już 23.090.

Przy tak zwiększonej znacznie pracy zmalały ogromnie dochody Pogotowia. Mimo najdalej posuniętych oszczędności musi się bardzo ciężko walczyć, aby utrzymać Pogotowie na dotychczasowym poziomie. Interwencje w nagłych wypadkach są bezpłatne zupełnie, liczba członków zmalała do 600 i tylko dzięki życzliwemu stanowisku Zarządu Miasta i Ubezpieczalni Społecznej z ogromnym trudem udaje się Zarządowi Pogotowia nie dopuścić do upadku tej najpotrzebniejszej instytucji Krakowa.

Apelujemy więc na tym miejscu do wszystkich obywateli Krakowa, którzy już kiedyś korzystali, lub którzy mogą korzystać z pomocy Pogotowia, aby pospieszyli z pomocą Towarzystwu Ratunkowemu przez zapisywanie się na członków i pomogli spłacić nowozakupione karetki.

M. Górka.

Dnia 30/VIII.1937 r. zmarł ś. p. dr. **Aleksander Burszewski**, lekarz Pogotowia Ratunkowego w Warszawie.

Urodził się dn. 26.II.1906 r. w Gąbinie, pow. Gostynin, woj. Warszawskie. Po ukończeniu Gimnazjum Państwowego Męskiego im. Marsz. Stanisława Małachowskiego w Płocku w 1924 r. wstąpił do Politechniki Warszawskiej. Ponieważ nie odpowiadały mu ani warunki, ani charakter pracy, przeniósł się w 1925 r. na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w 1932 r. Po odbyciu 13 miesięcznej obowiązkowej służby wojskowej rozpoczął obowiązkowy stage lekarski. Od 1.II.1935 r. pracował na oddz. wewnętrznym Szpitala Wolskiego. Od dn. 1.IV.1935 r. rozpoczął pracę w Pogotowiu Ratunkowym.

Ogłosił pracę w wydawnictwie „Doraźna Pomoc Lekarska“ pod tytułem „Dychawica oskrzelowa i sercowa, różnica między nimi i leczenie“.

Cześć Jego pamięci!

Statystyka Stacyj Ratunkowych
za m. styczeń 1937 r.

		Warszawa	Kraków	Lwów	Łódź	Wilno	Poznań	Białystok
	Udzielono pomocy osobom.	3012	2491	2180	960	658	653	300
	Na mieście	725	1450	480	421	332	399	274
	W ambulatorjach	2287	973	1700	539	326	254	26
	Mężczyznom	1833	1381	1437	430	270	280	97
	Kobietom	1019	923	612	431	298	293	160
	Dzieciom do lat 15 . . .	360	187	131	99	90	80	43
	Odwieziono do szpitali .	234	611	392	366	130	112	30
	Odwieziono do domu . .	80	92	54	32	14	19	1
	Na stacji profilaktycznej .	—	68	—	—	—	—	—
Zasłabnięcia nagłe	Napady nerwowe	21	9	11	11	11	5	1
	Osłabienia i omdlenia . .	52	92	3	71	14	56	7
	Zatrucia wyskokiem . . .	13	22	1	8	7	7	1
	Zatrucia pokarmami . . .	—	4	6	—	—	1	—
	Zatrucia gazami	53	2	12	16	63	4	13
	Inne zasłabnięcia	355	401	66	110	177	77	189
	Noworodki	—	—	—	*) 6	—	—	—
	Smierci	*) 24	*) 11	3	10	6	9	2
	Razem	504	540	102	216	288	159	213
Urazy	Wstrząs		—	—	2	—	3	—
	Rany cięte, kłute, tłucz. i td.	863	501	285	159	160	143	37
	Rany postrzałowe . . .	10	2	—	5	5	1	1
	Złamania kości	138	33	52	33	21	14	4
	Krwotoki	25	2	22	33	19	23	18
	Oparzenia term. i chemicz.	77	42	18	13	17	8	2
	Ciała obce i udławienia .	381	181	128	177	28	31	1
	Inne urazy	877	19	112	70	73	106	—
	Odmrożenia	—	376	1080	73	—	—	—
	Smierci	*) 5	—	1	5	4	—	—
	Razem	2371	1156	1697	570	327	329	63
Zamachy samobójcze	Otrucia	66	6	18	11	11	8	3
	Postrzały	7	2	—	2	—	1	—
	Rany cięte i kłute . . .	7	—	2	—	—	—	—
	Powieszenia	3	—	2	—	—	1	1
	Utopienia	—	—	—	—	—	—	—
	Rzucenia się z wysokości .	7	2	2	—	—	1	—
	Inne	1	—	—	—	—	—	—
	Śmierci	*) 12	*) 1	1	—	1	2	1
	Razem	91	10	25	13	12	13	5
Urazy według przyczyny	Przejechania przez: Samochody . .	52	4	6	11	—	5	—
	Przejechania przez: Tramwaje . .	18	—	2	8	—	3	—
	Przejechania przez: Inne pojazdy .	50	3	3	9	—	2	—
	Upadki z wysokości . .	53	9	1	10	—	2	—
	Napady i rozprawy nożowe	251	6	—	78	—	7	—
	Bójki	93	29	4	20	—	19	—
	Obłąkanie	1	1	—	14	2	3	1
	Porody i poronienia . .	33	31	23	147	21	2	14
	Symulacje	11	5	—	—	3	8	—
	Wezwania niewłaściwe . .	9	13	—	8	5	2	4
	Przewozy chorych . . .	188	512	317	16	99	137	43
	Rażenie prądem elektrycz.	1	—	—	—	—	—	—
	Śmierci	—	—	—	—	—	—	—

*) W tym

Przegląd czasopism

W sprawie leczenia dychawicy sercowej. *Dr Rabinavicius, Stakliskes.* Litwa.

Autor zwraca uwagę na rolę morfiny w przypadkach tej choroby. Na jesieni 1930 roku obserwował przypadek napadu dychawicy sercowej z obrzękiem płuc. Pomimo szybkiego zastosowania środków pobudzających, sercowych, pituitryny zgon nastąpił w ciągu 20 minut. Morfiny nie stosowano. Po upływie kilku miesięcy autor znowu spostrzegał napad podobny do pierwszego. Były zastosowane też same leki bez pituitryny, dalej morfina i upust krwi. Po upływie kilku miesięcy znowu ten sam chory dostał takiegoż napadu. Postępowanie jak podczas pierwszego napadu uratowało mu życie. W ciągu następnych dwóch lat wspomniany chory miał jeszcze 15 napadów o bardzo ciężkim przebiegu. Postępowanie polegało na stosowaniu środków pobudzających, sercowych i morfiny bez upustu krwi. Wszystkie 15 ataków chory przetrzymał. Zmarł zpowodu porażenia połowy ciała. U innego chorego z wystąpieniem obrzęku płuc w czasie napadu dychawicy ser owej opanował napad, dając morfinę i środki sercowe. Napad występował dwukrotnie.

Spostrzeżenia te potwierdzają poglądy niektórych autorów, że zastosowanie morfiny w przypadku napadu dychawicy sercowej z zejściem śmiertelnym nie jest przyczyną zgonu pacjenta. Wykonanie upustu krwi nie jest rzeczą ważną. Główną rolę odgrywają środki pobudzające, sercowe i morfina. Morfinę w takich razach trzeba uważać za środek sercowy i niezastosowanie jej może grozić choremu niebezpieczeństwem zejścia. *F. O.* Ars. Med. str. 224, r. 1936.

O niezwykłej postaci krwawienia nosowego. *M. Koenigstein. W. C. L* str. 211 r. 1936.

Na wstępie autor stwierdza, że zatrzymanie krwawienia z nosa należy do najtrudniejszych zadań, bo teren bywa nieraz niedostępny dla naszych zabiegów. Zwłaszcza wiele trudności nast ęcza opanowanie krwawienia z nosa u ludzi starych, dotkniętych miażdżycą naczyń, marskością nerek i t. d. Krwotoki z nosa u starców stanowią zły znak i często bywają zwiastunami zbliżającego się zgonu. Autor podaje opis przypadku Lagere i Mounier-Kahna dotyczącego pewnego 61-letniego mężczyzny, który w ciągu kilku godzin stracił tyle krwi, że był bliski śmierci. Chodziło tu o krwawienie zpowodu „angiomatose hemorragique familiale". U chorego stwierdzono na skórze, na policzkach, na śluzówce warg, na języku, podniebieniu sieć drobnych rozszerzonych naczyń. Podobne objawy stwierdzono u większości członków rodziny chorego. Zastrzyknięcie domięśniowe wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej i tamponada uratowały chorego. Bardzo rzadki przypadek śmiertelnego krwotoku z nosa opisuje autor. Chodziło o pewną kobietę, która krwawiła z jednej strony nosa z „rima olfactoria". Żadne zabiegi stosowane w szpitalu nie pomogły i chora zmarła. Dalej autor przytacza przypadki krwawień z tylnej części nosa np. z powodu obecności angiomatów po zabiegach wewnątrznosowych, po nakłuciu zatoki szczękowej. Krwotoki bywały tak silne, że dochodziło do konieczności podwiązania zewnętrznej szyjnej tętnicy.

Trudne nieraz są opanowania krwawienia z tylnej części dna nosa i tylnej części przegrody.

Między innymi autor stosuje wazenolowe tampony. Przy krwotokach u sklerotyków wdmuchuje miałki cukier z dobrym wynikiem.

Ostatnio w niektórych klinikach (Glatzla w Krakowie) zaczęto stosować bardzo energicznie i skutecznie działający środek — mleko kobiece. *F. O.*

Leczenie otrucia gazem świetlnym. (Scheitz W. M. W. Nr. 13, r. 1936).

Z liczby 18 chorych, którzy w czasie 12 godzin oddychali gazem świetlnym wszyscy wrócili do przytomności w godzinę po jednorazowym wstrzyknięciu chormosmonu *). Z pośród 22 chorych, którzy byli dostarczeni do szpitatala po 12 do 24 godzin od otrucia 16 po jednorazowym wstrzyknięciu chromosmonu szybko się poprawiło, 5 trzeba było wykonać jeszcze powtórnie wstrzyknięcie i jeden zmarł (miał wadę sarca).

U 7 chorych, przywiezionych do szpitala po 24 godzinach, po dwurazowym wstrzyknięciu stwierdzono lekką poprawę oddechu i po kilku dniach zwykłego leczenia poprawę. Powikłań we wszystkich przypadkach nie notowano. Autor uważa, że chromosmon znacznie skraca czas trwania choroby i zabezpiecza od powikłań.

F. O.

Leczenie surowicą ukąszenia przez żmiję zygzakowatą. *O. Scheurer.* (Aertz. Ver. München. Sitz. 11 XII M. M. W., str. 460, 1936). Podczas wycieczki w góry pewna kobieta została ukąszona przez żmiję w lewe podudzie. Mąż owej kobiety wyssał jad z rany. Po upływie 7 godzin chora została przywieziona do szpitala w stanie ciężkim. Stan chorej przedstawiał się jak następuje: Tętno małe, szybkie, podniesienie ciepłoty, silne bóle w całej lewej kończynie dolnej i w okolicy lewej pachwiny, bóle głowy i krzyża, ćmienie przed oczami, wymioty. Wstrzyknięto dookoła rany 3% roztwór nadmanganianu potasu i 10 cm. surowicy przeciwwężowej. Następnego dnia znaczne pogorszenie i wystąpienie wysypki krwotocznej w obrębie lewego podudzia. Obrzmienie gruczołów pachwinowych po stronie lewej, bóle w dolnej części brzucha. Wstrzyknięto jeszcze 20 cm. surowicy potem jeszcze 20 cm. i wieczorem tegoż dnia 10 cm. Następnego dnia można było już stwierdzić szybką poprawę i wkrótce zupełne wyleczenie.

F. O.

Karbowski: **Z kazuistyki krwotoków nosowych, zagrażających życiu.** Pol. Tow. Med. Społ. Posiedzenie z dnia 28/X 1935. War. Czas. Lek. s. 190, r. 1936.

Autor podaje opis trzech przypadków, gdzie zaszła potrzeba podwiązania tętnicy szyjnej. W przypadku pierwszym u 52-letniego chorego po kichnięciu wystąpił tak silny krwotok, że odwieziono go do szpitala, gdzie mimo dwukrotnego przetaczanie krwi, długotrwałej tamponady nosa w nosogardzieli ostatecznie trzeba było uciec się do zabiegu chirurgicznego.

W drugim przypadku, dotyczącym 27-letniej chorej, znajdującej się w 7 miesiącu ciąży, krwotoki z nosa, których punktem wyjścia był guz między wałem trąbkowym a tylnym końcem dolnej muszli, dały się opanować dopiero po podwiązaniu zewnętrznej szyjnej tętnicy.

W trzecim przypadku, dotyczącym 40-letniej kobiety, u której na razie nie można było ustalić przyczyny niebezpiecznych krwotoków z nosa a dopiero po pewnym przeciągu czasu, stwierdzono obecność „endothelioma cavernosum" w tylnym odcinku szpary węchowej; podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrzej pozwoliło na opanowanie krwotoku.

W dyskusji Lubelski zapytał, czy przed zabiegiem była robiona tamponada rurką Belocque'a. Referent w odpowiedzi podaje, że w pierwszym przypadku rurka Belocque'a była stosowana i działała tylko 2—3 godziny. Belocque jest skuteczny, jeżeli krwawi tętnica nosowa tylna.

---

*) (Chromosmon — 1% roztwór błękitu metylenowego w 10% cukrze gronowym. *P. R.*).

SPROSTOWANIE.

Zauważone omyłki w druku w Nr. 8 — 10 str. 24, wiersz 18 od góry winno być Garliński Zygmunt — skarbnik (1933).

Str. 24 w rubryce — lekarze dyżurni — opuszczono dr. Falkowski Jan.

Redaktor: **Dr. Fr. Obarski**. Wydawca: Polski Komitet do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych.
Redakcja czynna codziennie od godz. 9 rano do 13 prócz świąt.

Prenumerata miejscowa i zamiejscowa rocznie 9 zł. Pojedyńczy egzemplarz 1 zł.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Leszno 58 tel. 11-69-00.

Druk. „BAGATELA" Al. Jerozolimskie 29, Tel. 9-40-99